

**AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
PPC/CDIE/DI REPORT PROCESSING FORM**

ENTER INFORMATION ONLY IF NOT INCLUDED ON COVER OR TITLE PAGE OF DOCUMENT

1. Project/Subproject Number

2. Contract/Grant Number

3. Publication Date

4. Document Title/Translated Title

5. Author (s)

6. Contributing Organisation (s)

7. Pagination

8. Report Number

9. Sponsoring A.I.D. Office

10. Abstract (optional - 250 word limit)

11. Subject Keywords (optional)

12. Supplementary Notes

13. Submitting Official

14. Telephone Number

15. Today's Date

.....DO NOT write below this line.....

16. DOCID

17. Document Disposition

Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori
(PROSAF)

Enquête sur les Connaissances,
Attitudes et Pratiques en
Matière de Santé Familiale

RAPPORT FINAL

Bénin: Avril 2001

TABLE DE MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

CARTE DU BORGOU ET DE L'ALIBORI ET ZONES DE L'ENQUETE

PREFACE

CHAPITRE 1

CARACTERISTIQUES DE DEPARTEMENT ET ORGANISATION DE L'ENQUETE

1.1	Aperçu sur le Borgou/Alibori	1
1.2	PROSAF	1
1.3	Enquêtes précédentes et revue documentaire	2
1.4	Organisation de l'enquête	2
1.4.1	Objectifs	2
1.4.2	Echantillonnage et méthodologie	2
1.4.3	Limite de la méthode d'échantillonnage	5
1.4.4	Collecte et analyse des données	6

CHAPITRE 2

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ET MOYENS DE COMMUNICATION

2.1	Caractéristiques des ménages	9
2.2	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	9
2.3	Communication et services à base communautaire	10

CHAPITRE 3

PLANIFICATION FAMILIALE

3.1	Connaissance de la contraception	13
3.2	Pratique de la contraception	14

CHAPITRE 4

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

4.1	Santé Maternelle	17
4.2	Maladies diarrhéiques	19
4.3	Infections respiratoires aiguës	20
4.4	Paludisme	21
4.5	Vaccinations	23

CHAPITRE 5

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

5.1	Maladies sexuellement transmissibles	25
5.2	Connaissance et attitudes face au VIH/SIDA	26

CHAPITRE 6

GRANDS CONSTATS	29
------------------------------	----

ANNEXES

1	Questionnaire Femme
2	Questionnaire Homme
3	Questionnaire Ménage
4	Tableaux des Données

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ABPF	Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
BASICS	<i>Basic Support for Institutionalizing Child Survival</i>
CAP	Connaissance, Attitudes et Pratiques
CPN	Consultation Pre-Natale
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EQGSS	Evaluation de la Qualité de la Gestion du Système Sanitaire
FAR	Femme en Age de Reproduction
GESCOME	Projet de Gestion Communautaire
IRA	Infection Respiratoire Aigüe
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NSP	Ne Sais Pas
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PADS	Programme d'Appui au Développement de la Santé
PBA	Projet Benino-Allemand des Soins de Santé Primaires
PROSAF	Promotion Intégrée de Santé Familiale
PSI	<i>Population Services International</i>
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
TRO	Thérapie de Rehydratation Orale
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
ZR	Zone Rurale

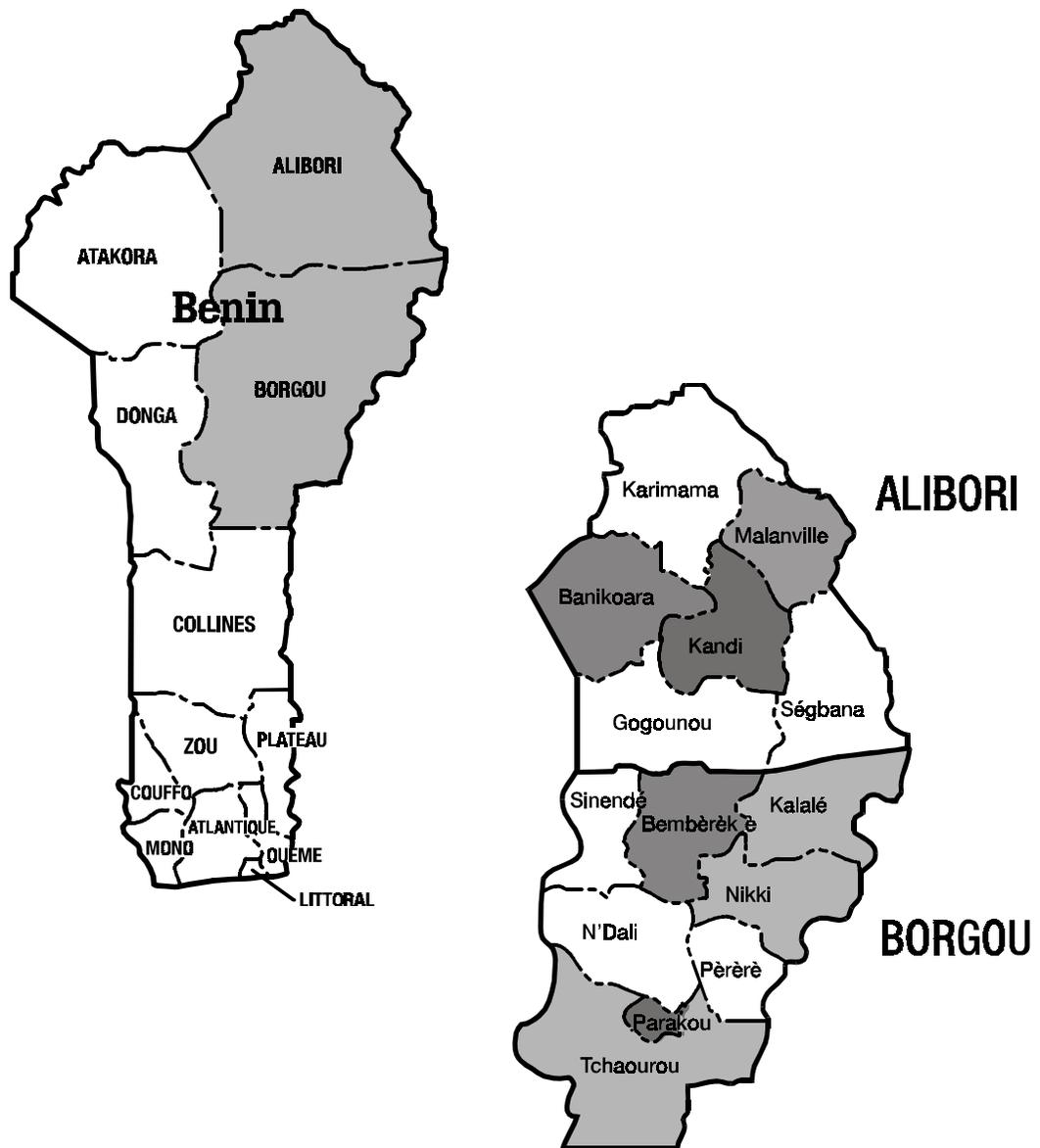
TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableaux	Page
1-1 Stratification des zones selon les critères géographiques et ethniques	3
1-2 Répartition des femmes et de la population totale entre zone urbaine et zone rurale	3
1-3 Répartition des femmes et de la population totale de la zone urbaine	3
1-4 Répartition des femmes et de la population totale de la zone rurale	4
1-5 Répartition de ménages à tirer en zone urbaine et en zone rurale	5
2-1 Caractéristiques socio-démographiques de la population des ménages	8
2-2 Caractéristiques de l'habitat et biens durables possédés par le ménage	9
2-3 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	10
2-4 Messages sur la santé	10
3-1 Connaissance des méthodes modernes de contraception	14
4-1 Alimentation pendant les épisodes de diarrhée	19
4-2 Moyens d'éviter la diarrhée	20
4-3 Signes de danger du paludisme	21
4-4 Taux de vaccination complète par ethnie	23
5-1 Prévention du SIDA	26

Graphiques

2-1 Pyramide des âges (ménages)	7
2-2 Pyramide des âges (enquêtés)	9
2-3 Source des messages sur la santé	10
2-4 Services à base communautaire	12
3-1 Connaissance des méthodes modernes de contraception	13
3-2 Sources d'information sur les méthodes contraceptives	14
3-3 Utilisation d'une méthode moderne de contraception	15
3-4 Choix de méthode de contraception	15
4-1 Assistance lors de l'accouchement	17
4-2 Dispositions à prendre par les femmes enceintes pour éviter l'anémie	18
4-3 Allaitement maternel	18
4-4 Alimentation de l'enfant malade	19
4-5 Prévention du paludisme par milieu de résidence	22
4-6 Traitement du paludisme	22
5-1 Connaissance des symptômes des MST	25

CARTE DU BORGOU ET DE L'ALIBORI ET ZONES DE L'ENQUETE



PREFACE

La présente étude a été commanditée par le **PROSAF** (Programme de Promotion Intégrée de Santé Familiale) dans le Borgou/Alibori en partenariat avec la DDSP (Direction Départementale de la Santé Publique) pour déterminer le niveau des connaissances, attitudes et pratiques de la population du Département du Borgou dans le domaine de la santé familiale. Cette enquête a été précédée d'une étude documentaire faisant le point sur l'ensemble des recherches qualitatives et quantitatives en matière de santé familiale dans le Borgou. Cette enquête est également basée sur les différents indicateurs de USAID et ses partenaires (BASICS, PSI, GESCOM, PBA, ABPF, PADS), ainsi que du Ministère de la Santé Publique du Bénin pour l'ensemble des activités de santé familiale (voir indicateurs en annexe).

Le PROSAF, maître d'œuvre de la présente étude, vise à améliorer l'utilisation des services de santé familiale dans un environnement politique favorable. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance des attitudes, des comportements ainsi que du niveau de pratique de la population. La présente enquête a permis d'obtenir des données quantitatives pour répondre à ce besoin. Elle sert également de point de départ pour des études qualitatives permettant de mieux comprendre les comportements et de formuler une stratégie conséquente pour la modification des comportements.

PROSAF et la DDSP Borgou/Alibori voudraient bien remercier les personnes et institutions suivantes pour leurs contributions à la réalisation de cette enquête :

- La population du Borgou/Alibori
- Les organisations communautaires
- Les chefs de village et des quartiers
- Les maires des communes cibles
- Les sous-préfets et chefs de circonscriptions urbains
- USAID/Bénin
- BASICS
- PSI
- GESCOME
- PBA
- ABPF
- PADS
- CEFORP
- Superviseurs
- Enquêteurs
- Opérateurs de Saisie
- Mamadou Moustapha Thiam, Consultant

Qu'ils trouvent ici notre profonde gratitude à l'accomplissement de cette enquête.

CARACTÉRISTIQUES DU DÉPARTEMENT ET ORGANISATION DE L'ENQUETE

1.1 Aperçu sur le Borgou/Alibori

Les départements du Borgou et de l'Alibori, deux des 12 départements que compte la République du Bénin, occupent la partie Nord-Est du pays. Ils sont limités au Nord par le Niger et le Burkina-Faso, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le département de l'Atacora et au Sud par celui du Zou. Les 2 départements couvrent une superficie de 51 000 km² soit 46% de la superficie totale du Bénin.

Le climat est de type Soudanais avec amplitudes thermiques journalières plus fortes au Nord qu'au Sud, surtout pendant l'Harmattan. L'année est marquée par une saison sèche de novembre à mai et une saison pluvieuse de juin à octobre. Les activités économiques se limitent essentiellement à l'agriculture (70% du coton produit au Bénin) et à l'élevage. Quelques activités commerciales et industrielles y sont menées.

Le Borgou et l'Alibori sont divisés en quatorze circonscriptions administratives : (12) sous-préfectures et (2) circonscriptions urbaines (Parakou et Kandi). Parakou est le Chef-lieu des deux départements. Chaque circonscription administrative est divisée en communes. Le Borgou et l'Alibori compte quatre-vingt six (86) communes. Les villages ou quartiers de ville, au nombre de cent cinquante neuf (559), constituent les subdivisions administratives des communes.

La population était estimée en 1999 à 1 064 898 d'habitants répartie dans les quatorze (14) sous-préfectures et circonscriptions urbaines comme suit :

Répartition de la population par circonscription administrative en 1999

Circonscriptions administratives	Population en 1999	Pourcentages
Banikoara	133 816	13%
Bembèrèkè	76 928	7%
Gogounou	64 369	6%
Kalale	80 782	8%
Kandi	94 072	9%
Karimama	37 392	4%
Malanville	86 675	8%
N'dali	58 310	5%
Nikki	85 101	8%
Parakou	133 223	13%
Perere	34 902	3%
Segbana	41 508	4%
Sinendé	52 438	5%
Tchaourou	85 382	8%
Total Borgou/Alibori	1 064 898	100%

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), en 1996 le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) représente 21.2% de la population du département. En 1998, le taux de grossesses attendues était estimé à 54.86% et le taux de natalité à 47.7%.

1.2 PROSAF

Le PROSAF (Promotion Intégrée de Santé Familiale dans le Borgou et l'Alibori) est un programme d'assistance mis en place par USAID afin d'aider le gouvernement du Bénin à appuyer et renforcer les efforts du Ministère de la Santé Publique. Plus particulièrement, le PROSAF apporte son soutien aux programmes relatifs à la santé familiale, à la prévention des principales maladies et à la gestion améliorée des services de santé grâce au renforce-

ment des capacités et le développement des zones sanitaires, la promotion d'initiatives communautaires novatrices et des partenariats avec le secteur privé et les ONG/associations.

L'approche du PROSAF est basée sur le principe : «les peuples s'approprient ce qu'ils ont aidé à créer». Quatre (4) principes de gestion de qualité sont également utilisés : (1) la satisfaction du client, (2) l'exploitation de données dans la prise de décision, (3) l'analyse fonctionnelle des processus et (4) le travail d'équipe.

1.3 Enquêtes précédentes et revue documentaire

Les travaux de l'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de santé familiale ont été précédés d'une revue documentaire exécutée au cours du mois de mars 2000. Cette revue documentaire a permis de répertorier cent soixante quinze (175) ouvrages en rapport avec divers aspects de l'enquête CAP. Ces documents ont été classés en quatorze (14) rubriques en relation avec les composantes de la santé familiale comme suit :

1. Maladies Sexuellement Transmissibles et SIDA
2. Diarrhée
3. Ver de Guinée
4. Choléra
5. Nutrition
6. Culture et Tradition
7. Santé Maternelle et Infantile
8. Développement du système sanitaire
9. Vaccination
10. Paludisme
11. Planification Familiale
12. Organisations Communautaires : les Unités Villageois de Santé
13. Organisations Communautaires : les ONG et Assimilés
14. Mobilisation Sociale

Les résultats d'analyse des informations collectées ont été présentés par rubrique sous forme de tableaux pour en rendre la lecture et l'exploitation aisée. Chaque tableau comporte :

- les comportements dominants identifiés
- les canaux de communication
- les forces ayant des conséquences sur la santé
- les faiblesses ayant des conséquences sur la santé
- quelques données chiffrées
- des suggestions pour améliorer la situation

Cette revue documentaire a constitué un outil d'orientation et d'indications pour la confection des instruments de collecte de données pour l'enquête CAP. Il a montré que certaines thèmes sanitaires ont été bien explorés dans le Borgou/Alibori, mais qu'il restait des thèmes à approfondir.

1.4 Organisation de l'enquête

1.4.1 Objectifs

L'enquête a pour objectif de servir de base à l'élaboration d'une stratégie de communication visant à modifier les comportements en matière de santé familiale. Plus spécifiquement, elle devrait permettre :

- d'identifier les comportements et leurs causes pour faciliter la formulation de messages spécifiques et appropriés
- de renforcer et préciser les observations et résultats mis en évidence par l'évaluation de la qualité de la gestion du système de santé (EQGSS)
- de collecter les données susceptibles d'identifier les canaux de communication, les groupes cibles et les messages les plus appropriés

Les données de base résultant de l'enquête seront suivies par PROSAF dans les enquêtes futures pour mesurer des changements.

1.4.2 Échantillonnage et méthodologie

L'échantillon cible est constitué de femmes âgées de 15 à 49 ans et d'hommes âgés de 15 ans et plus et couvre tout le Borgou/Alibori. En appliquant une proportion moyenne de 21% résultant du calcul des différents indicateurs relevés dans la revue documentaire d'une part et des enquêtes menées dans le Borgou/Alibori (recensement général de la population, enquête BASICS, PSI ...) d'autre part, et en

prenant une marge d'erreur de 2,5%, avec un seuil de confiance de 95%, la taille optimale de l'échantillon est de 1 019 femmes, soit:

$$n = \frac{t^2 * p * q}{e^2}$$

avec t = valeur de t au seuil de 95%

p = la proportion

q = $1-p$

e = erreur fixée

$$n = \frac{1.96^2 * 0.21 * 0.79}{0.025^2} = 1019$$

Signalons que l'EDS a révélé un pourcentage de femmes en âge de reproduction de 21% et a appliqué un échantillon de 800 femmes dans le Borgou. L'échantillon retenu pour les hommes est de 40% de celui des femmes, soit 400 hommes. Ce pourcentage est le même que celui utilisé par l'EDS et nous semble correct pour une telle étude.

L'échantillonnage est basé sur la méthode du sondage aléatoire stratifié à quatre degrés. Au premier degré, on trouve la Sous-Préfecture, au deuxième degré le village ou quartier, au troisième degré le ménage et enfin au quatrième degré l'individu. Le Borgou/Alibori a été stratifié en zone urbaine et zone rurale. La zone urbaine comprend les sous-préfectures de Kandi et de Parakou. La zone rurale regroupait les sous-préfectures de Karimama, Malanville, Banikoara, Gogounou, Sinendé, Bembèrèkè, Kalalé, Segbana, Nikki, Pèrèrè, N'Dali et Tchaourou. La zone rurale a été elle-même stratifiée en trois zones selon des critères géographiques et ethniques.

Tableau 1-1 : Stratification des zones selon les critères géographiques et ethniques

Zone	Sous-Préfectures	Ethnie Représentée
Rurale		
1	Karimama, Malanville	Dendi
2	Banikoara, Gogounou, Sinendé, Bembèrèkè, N'Dali	Bariba
3	Kalalé, Ségbana, Nikki, Pèrèrè, Tchaourou	Bariba, Peul et Boo

La répartition des femmes, selon le dernier recensement général de la population de 1992, est présentée dans les tableaux ci-dessous. Le Tableau 1-2 montre que 21% de la population féminine du Borgou/Alibori habitent dans la zone urbaine, alors que 79% se trouvent en zone rurale. Ce chiffre est consistant avec la répartition de la population totale de ces deux départements.

Tableau 1-2 : Répartition des femmes et de la population totale entre zone urbaine et zone rurale

Zone	Nombre de femmes	% de femmes	Pop. totale	% pop. totale
Urbaine	87017	21	176715	21
Rurale	324206	79	651240	79
Effectif total	411223	100	827955	100

Nombre de femmes et nombre de ménages à tirer en zone urbaine

Le Tableau 1-3 montre que la majorité des femmes urbaines (58%) se trouvent à Parakou. Sur la base de 1 000 femmes, le nombre de femmes à enquêter en zone urbaine était de $1\ 000 * 21\%$, soit 210 femmes réparties entre :

Kandi : $210 * 0,42 = 88$ femmes

Parakou : $210 * 0,58 = 122$ femmes

Tableau 1-3 : Répartition des femmes et de la population totale de la zone urbaine

Sous-préfecture	Nombre de femmes	% de femmes	Pop. totale de la zone urbaine	% pop. totale
Kandi	36436	42	73138	41
Parakou	50581	58	103577	59
Total	87017	100	176715	100

Les études antérieures ont montré qu'il y a 1,4 femme âgée de 15 à 49 ans par ménage en zone urbaine (taux de réponse de 0,80, EDS 1996). Selon cette hypothèse, et en modifiant légèrement le taux de réponse (0,90), compte tenu de la période

d'enquête et de la connaissance du terrain des facilitateurs, le nombre de ménages s'établit ainsi :

$$N = \frac{\text{nombre de femmes à enquêter}}{\text{nombre de FAR}^1 \text{ par ménage} \times \text{taux de réponse}}$$

Soit, $210/(1,4 \times 0,9) = 167$ ménages se répartissant ainsi :

Parakou : $122/1,4 \times 0,9 = 97$ ménages

Kandi : $88/1,4 \times 0,9 = 70$ ménages

Le nombre de ménages à enquêter à Parakou pouvait être arrondi à 100, ce qui donnait 170 ménages en zone urbaine.

Nombre de femmes et nombre de ménages à tirer en zone rurale

Selon les mêmes hypothèses que celles appliquées à la zone urbaine, le nombre de femmes à enquêter en zone rurale s'établit ainsi :

$$1\ 000 \times 0,79 = 790$$

ZR1 : % de femmes : 15% ($790 \times 0,15$) : 119 femmes

ZR2 : % de femmes : 46% ($790 \times 0,46$) : 363 femmes

ZR3 : % de femmes : 39% ($790 \times 0,39$) : 308 femmes

Ces pourcentages ont été calculés à partir de la population totale de chaque zone, comme le montre le Tableau 1-4. Ensuite, pour chaque zone rurale, les sous-préfectures qui représentaient la plupart de la population ont été choisies comme l'échantillon. Le tirage de l'échantillon a donné les résultats suivants :

ZR1 : Malanville 119 femmes à enquêter

ZR2 : Banikoara (64%) 232 femmes à enquêter
Bembèrèkè (36%) 131 femmes à enquêter

ZR3 : Nikki (34%) 104 femmes à enquêter
Tchaourou (33%) 102 femmes à enquêter
Kalalé (33%) 102 femmes à enquêter

Tableau 1-4 : Répartition des femmes et de la population totale de la zone rurale

Sous-préfecture	Nombre de femmes	Pourcentage de femmes	Pop. totale de la zone rurale	% population totale
ZONE RURALE : ZR1				
Karimama	14494	4,5	29071	30
Malanville	33769	10,5	67387	70
<i>Total</i>	<i>48263</i>	<i>15</i>	<i>96458</i>	<i>100</i>
ZONE RURALE : ZR2				
Banikoara	52291	16,1	104038	35
Gogounou	25006	7,7	50065	17
Sinendé	20099	6,2	40769	13
Bembèrèkè	29432	9,1	59809	20
Ndali	22340	6,9	45344	15
<i>Total</i>	<i>149168</i>	<i>46</i>	<i>300025</i>	<i>100</i>
ZONE RURALE : ZR3				
Kalalé	31467	9,7	62805	25
Segbana	16117	4,9	32271	13
Nikki	33148	10,2	66164	26
Pèrèrè	13317	4,1	27135	10
Tchaourou	32726	10,1	66382	26
<i>Total</i>	<i>126775</i>	<i>39</i>	<i>254757</i>	<i>100</i>
TOTAL ZR	324206	100	651240	100

¹FAR : Femme en âge de reproduction

L'enquête EDS 1996 a montré qu'il y a 1,3 femme âgée de 15 à 49 ans par ménage en zone rurale (taux de réponse de 0,80%). Ce taux de réponse en zone rurale est resté inchangé. Selon cette hypothèse, le nombre de ménages a été établi comme suit :

$790 / (1,3 \times 0,8) = 760$ ménages à tirer en zone rurale répartis ainsi :

ZR1 : $760 \times 0,15 = 114$
 ZR2 : $760 \times 0,46 = 350$
 ZR3 : $760 \times 0,39 = 296$

L'échantillon est donc constitué de 930 ménages pour les questionnaires femme et de 372 ménages pour les questionnaires homme. Rappelons que l'échantillon homme est de 40% des ménages tirés dans l'échantillon femme. Le nombre total de ménages à tirer en zone urbaine et en zone rurale s'établit comme suit:

1.4.3 Limite de la méthode d'échantillonnage

Toute enquête a ses limites. Il convient donc de circonscrire l'étude dans son contexte pour éviter des interprétations abusives. Dans cette étude, il

s'agit de collecter des informations auprès d'un échantillon représentatif des différentes caractéristiques de la population du Borgou (localisation géographique, sexe, ethnie, situation matrimoniale...). Les résultats obtenus qui sont très significatifs (voir Tests de Signification) constituent une masse d'informations valables pour servir d'orientation dans l'élaboration de stratégies de communication en matière de santé. La stratification par zone obéit à deux critères : ethnique et géographique. La constitution de l'échantillon à ce niveau est fait par choix raisonné qui est une option valable.

Pour tester la significativité, le CHI 2 de PEARSON est calculé pour toutes les variables. Il permet de mesurer la significativité des différentes modalités des variables retenues. Rappelons que la valeur doit être inférieure à 5% pour juger de la significativité. Alors, on peut dire avec 95% de certitude que les résultats significatifs sont entre X et Y. Etant donné que les effectifs sont parfois trop petits pour certains critères (par exemple, niveau d'instruction ou ethnie), on ne peut pas toujours dire qu'il y a vraiment des différences selon le variable.

Tableau 1-5 : Répartition de ménages à tirer en zone urbaine et en zone rurale

Circonscription	Nombre de femmes à enquêter	Nombre de ménages à tirer (F)	Nombre d'hommes à enquêter	Nombre de ménages à tirer (H)	Nombre de ménages total
ZU Kandi	88	70	35	28	3425
ZU Parakou	122	100	49	40	16142
<i>Total ZU</i>	<i>210</i>	<i>170</i>	<i>84</i>	<i>68</i>	<i>19567</i>
ZR Malanville (ZR1)	119	114	48	46	9592
ZR Banikoara	197	189	79	76	11977
ZR Bembèrèkè	111	107	44	42	6540
<i>Total ZR 2</i>	<i>308</i>	<i>296</i>	<i>123</i>	<i>118</i>	<i>18517</i>
ZR Kalalé	120	115	48	46	6269
ZR Nikki	123	119	49	47	7076
ZR Tchaourou	120	116	48	47	9218
<i>Total ZR 3</i>	<i>363</i>	<i>350</i>	<i>145</i>	<i>140</i>	<i>22563</i>
<i>Total ZR</i>	<i>790</i>	<i>760</i>	<i>316</i>	<i>304</i>	<i>50672</i>
TOTAL	1000	930	400	372	70239

1.4.4 Collecte et analyse des données

Pour la confection des outils de collecte, on a d'abord procédé à l'analyse du rapport de la revue documentaire, puis à l'examen des différents indicateurs proposés par les partenaires (USAID, BASIC, PSI). Ces indicateurs ont été complétés au cours d'une séance de travail avec les différents partenaires afin de dégager les grands axes des questionnaires. La synthèse de ces indicateurs a permis la confection des outils.

Outils

Trois instruments ont été élaborés pour répondre aux objectifs de l'étude.

- *Un questionnaire ménage* pour recenser et identifier les membres du ménage. Il comprend trois parties : identification du ménage, caractéristiques du ménage, et caractéristiques individuelles des membres du ménage.
- *Un questionnaire individuel femme* structuré comme suit:
 - Caractéristiques individuelles
 - Moyens de communication
 - Planification Familiale
 - MST et SIDA
 - Paludisme
 - Santé Maternelle et Infantile
 - Vaccination
- *Un questionnaire individuel homme* structuré de la même façon que celui des femmes, mais avec quelques particularités liées au genre

L'originalité de cette étude porte sur la plupart des questions posées aussi bien aux femmes qu'aux hommes parce que la santé n'est pas seulement l'affaire des femmes ; les hommes ont aussi une grande responsabilité, non pas seulement dans la prise de décision mais également dans la promotion de l'offre de services.

Personnel de collecte des données

Les enquêteurs ont tous le baccalauréat et certains ont une solide expérience des enquêtes (plus de cinq). Les superviseurs relèvent pour la plupart du

personnel de santé et ont une grande expérience en matière de supervision d'enquêtes. Une enquête pilote s'est déroulée dans un quartier de Parakou afin de tester les instruments ainsi que l'aptitude des enquêteurs à un tel travail pour une sélection définitive. Cette enquête pilote a permis de réajuster les instruments en fonction de considérations socio-culturelles.

Exécution de l'enquête

Pour des raisons pratiques et logistiques on a utilisé la méthode du ratissage. Le superviseur une fois dans la localité a suivi les enquêteurs dans le village ou le quartier à enquêter. Il établissait, avec le chef de village ou de quartier, la liste des ménages. Il calculait le taux de sondage en rapportant le nombre de ménages à enquêter au nombre total de ménages obtenus. Une fois les opérations terminées, et après avoir vérifié les questionnaires, il se déplaçait avec toute l'équipe vers la deuxième zone d'enquête, et ainsi de suite. L'enquête a duré une quinzaine de jours.

Saisie et traitement des données

Un consultant a été recruté pour faire la confection du masque de saisie, ainsi que pour le recrutement, la formation, et la supervision des opérateurs de saisie et le nettoyage des fichiers. A partir de chaque outil, un masque de saisie a été confectionné pour une exploitation rapide. Les questionnaires ont été acheminés au fur et à mesure de leur contrôle au centre de saisie. La saisie et l'exploitation ont été effectuées au moyen d'EPI-INFO. Pour la tabulation la version 9.0 de SPSS a été utilisé. Le nombre total de questionnaires retenu est de 400 pour les hommes et 996 pour les femmes.

Analyse des résultats

Les données relatives aux trois questionnaires ont été analysées et une attention particulière a été accordée aux indicateurs clés retenus. Cependant, les informations complémentaires sont traitées en tableaux, permettant ainsi une comparaison par zone, genre, groupes d'âge, groupe ethnique, niveau d'instruction, et situation matrimoniale (en ce qui concerne la planification familiale).

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON ET MOYENS DE COMMUNICATION

Ce chapitre est divisé en trois sections. La première section décrit la population qui a été recensé par le questionnaire ménage, qui inclut les personnes de tout âge. La deuxième section décrit la population qui a répondu aux questionnaires individuels – les femmes de 15 à 49 ans et les hommes de 15 à 60 ans. Ces deux sections sont structurées de la même façon. En fin, on trouve les résultats aux questions posés en termes de moyens de communication.

2.1 Caractéristiques des ménages

Structure par âge de la population Le questionnaire ménage a recensé 8045 personnes. Le ratio homme/femme est légèrement à l'avantage des hommes (1,06). Il y a toutefois un avantage certain pour les femmes en zone rurale pour la tranche d'âge de 15 à 24 ans, tranche d'âge où la propension à l'exode ou l'émigration des hommes est la plus élevée. La structure de la pyramide des âges est identique à celle observée dans la plupart des pays en développement : base large avec amenuisement vers le sommet, ce qui dénote l'extrême jeunesse de la population. Les moins de 20 ans représentent

58,52% de la population totale, et les moins de 15 ans, 47%. Ces proportions sont comparables avec celles observées dans le Borgou par l'Enquête Démographique et de Santé, 1996 (< 20 ans : 58,5 % et < 15 ans : 49,3 %). Le pourcentage des moins de 15 ans est moins élevé dans les zones urbaines du Borgou, en particulier pour les hommes.

Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction a été demandé à chaque participant, quel que soit l'âge. On a constaté un différentiel entre les genres. Les femmes non scolarisées représentent 73% des femmes, alors que le pourcentage est de 58,4% chez les hommes. Cette différence est plus exagérée en milieu rural. En moyen, une personne sur quatre a atteint un niveau d'instruction primaire. Une proportion très faible de la population a atteint le niveau secondaire (10,2% chez les hommes et 4,7% chez les femmes). Seulement 3,6% des hommes et 2,1% des femmes sont alphabétisés dans une langue locale— en général, le Bariba et le Peul.

Graphique 2-1: Pyramide des âges

Distribution de la population des ménages par tranche d'âge

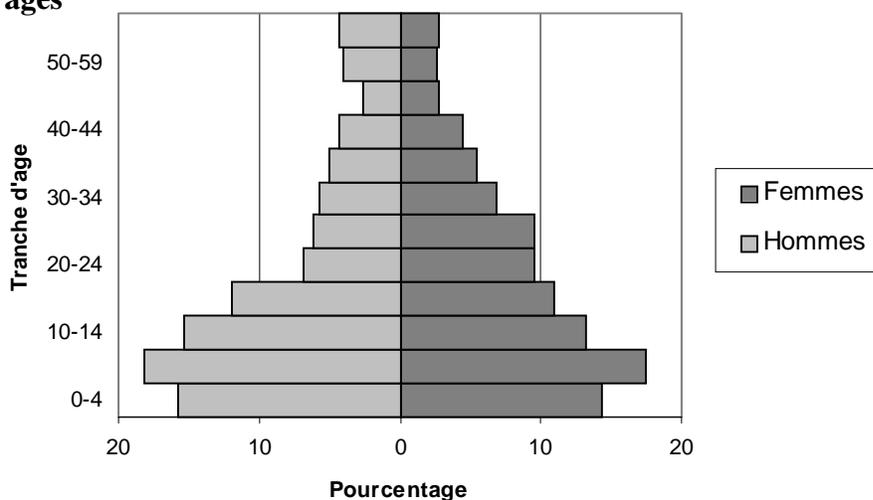


Tableau 2-1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population des ménages

Répartition (en %) de la population des ménages par caractéristiques socio-démographiques

	Femme	Effectifs	Homme	Effectifs
Tranche d'âge				
< 1 an	1,9	74	1,8	75
1 à 4	12,4	485	13,9	574
5 à 9	17,4	678	18,1	750
10 à 14	13,2	514	15,3	634
15 à 19	11,0	429	11,9	495
20 à 24	9,6	376	6,9	288
25 à 29	9,5	371	6,2	257
30 à 34	6,8	266	5,7	235
35 à 39	5,4	209	5,0	207
40 à 44	4,5	177	4,3	180
45 à 49	2,8	111	2,6	108
50 à 59	2,6	103	4,0	164
> 60	2,8	108	4,3	177
Situation matrimoniale				
Célibataire	57,5	2231	70,2	2893
Marié	38,1	1479	28,7	1182
Divorcé(e)	0,7	27	0,3	12
Veuf	3,1	120	0,7	27
Milieu de résidence				
Zone urbaine	17,8	697	17,4	721
Zone rurale 1	12,2	477	11,6	480
Zone rurale 2	40,2	1569	39,3	1630
Zone rurale 3	29,8	1163	31,8	1320
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	73,0	2824	58,4	2400
Alphabétisé	1,6	60	3,6	148
Primaire	20,7	800	27,0	1109
Secondaire	4,7	181	10,2	418
Ethnie				
Bariba	50,5	1969	49,1	2034
Dendi	10,9	423	11,1	459
Peul	9,4	367	11,0	454
Boo	8,3	325	8,5	352
Fon	2,3	90	2,0	82
Nagot	7,8	305	7,7	317
Autres	10,7	417	10,7	444
Total		3901		4144

Situation matrimoniale

Le plupart des gens sont dans le catégorie « célibataire », mais d'avantage chez les hommes (70,2 % des hommes contre 57,5% des femmes). Ce fait est lié à la structure très jeune de la population. Le divorce est négligeable et le veuvage féminin est élevé par rapport au veuvage masculin (3,1% contre 0,7%).

Groupe ethnique

Le groupe ethnique dominant est celui des Bariba (près de 50% de la population). Les Bariba sont surtout localisés dans la zone de Banikoara et Bembèrèkè. On les rencontre également en proportion non négligeable dans les zones de Kandi et Parakou (40%), et dans la zone de Nikki/Kalalé/Tchaourou. Les Dendi par contre sont plus concentrés dans la zone de Malanville. On les rencontre également à Kandi et Parakou, villes cosmopolites. Les Boo sont en proportion négligeable, sauf dans la zone de Nikki/Kalalé/Tchaourou où ils représentent près de 27%. Cependant, les "Autres ethnies" (Djerma, Yoruba, Mokole...) constituent une proportion non négligeable dans l'ensemble (près de 11%, surtout dans la zone de Malanville où ils sont près de 47%).

Caractéristiques de l'habitat et des biens possédés par les ménages

Au niveau de chaque ménage, des informations relatives à la disponibilité de l'eau, de l'électricité, de postes radio, de télévision et d'autres biens ont été collectées. Comme l'indique le Tableau 2-2 ci-dessous, dans l'ensemble 78,1% des ménages n'ont pas d'électricité. Au niveau national, cette proportion était de 85% en 1996 (EDS). La zone rurale est plus marquée par l'absence d'électricité (89%). En zone urbaine, 73% des ménages ont l'électricité. Le poste de télévision reste encore un luxe pour les ménages en milieu rural, mais presque le moitié des ménages urbaines possède un télévision (47,2%). Par contre, les postes radio sont très répandus dans l'ensemble (80% en moyenne). Le pourcentage le plus élevé se situe dans la zone urbaine, (environs 94%). Dans la zone rurale il est de 77%. Peu de ménages ont le téléphone, la moyenne étant de 1,7% pour l'ensemble des quatre zones.

Tableau 2-2 : Caractéristiques de l'habitat et biens durables possédés par le ménage

Répartition (en %) des ménages par caractéristiques de l'habitat et possession de certains biens de consommation durables, selon le milieu de résidence

	Zone Urbaine	Zone Rurale	Ensemble
Biens possédés			
Poste radio	93,7	77,1	80,0
Télévision	47,2	7,6	14,5
Téléphone	2,2	1,6	1,7
Réfrigérateur	22,1	2,4	5,9
Moustiquaire	47,9	46,7	46,9
Electricité			
Oui	73,3	11,0	21,9
Non	26,7	89,0	78,1
Approvisionnement en eau			
Robinet	51,2	12,5	19,3
Borne fontaine	1,1	37,6	31,1
Puits	47,2	47,4	47,4
Eau de surface	0,0	1,6	1,3
Type de toilettes			
WC	0,4	0,1	0,2
Fosse/latrines	56,7	15,7	22,9
Plein air	43,0	84,2	77,0

Les moustiquaires ne sont pas très répandues parmi les ménages. Le pourcentage est d'environ 47% dans l'ensemble, mais la zone de Malanville se distingue avec un pourcentage de 69,3%. Néanmoins, la possession ne correspond pas toujours à l'utilisation des moustiquaires. Quant à l'eau courante à domicile, elle reste l'apanage de la zone urbaine pour 51,2% des ménages. La zone rurale est largement desservie au moyen de bornes fontaines où l'eau de puits est encore utilisée. L'usage des latrines est assez répandu en ville, mais le "plein air" reste très dominant en milieu rural (plus de 84% des cas). Même en ville, par contre, les WC sont très peu répandus.

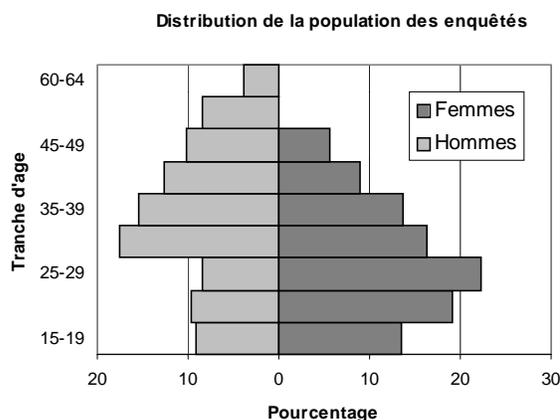
2.2 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Structure par âge de la population

1415 personnes âgées de 15 à 64 ans (maximum de 49 ans pour les femmes) ont répondu aux questionnaires individuels. Etant donné les populations différentes ciblées par les questionnaires, on observe tout naturellement que la population féminine enquêtée est plus jeune que la population masculine. Comme l'indique le Graphique 2-2, le mode se situe dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans chez les femmes (22.3%) et de 30 à 34 ans chez les hommes (17.4%).

Graphique 2-2: Pyramide des âges

Distribution de la population des enquêtés par tranche d'âge



Niveau d'instruction

Le Tableau 2-3 ci-dessous montre que la majeure partie de la population est non scolarisée, avec un différentiel genre important (40.7% chez les hommes contre 72.5 % chez les femmes). Néanmoins, la population masculine des enquêtés est légèrement plus instruite que la population des ménages. Les non scolarisés représentent 40,7% des hommes enquêtés, contre 58,4% des hommes recensés, et ceux qui ont atteint un niveau secondaire représentent 24,7% et 10,2% respectivement.

Situation matrimoniale

La proportion des mariés dépasse les trois-quarts des enquêtés. C'est normal étant donné que l'enquête n'a touché que les gens de plus de 15 ans. La proportion des divorcés et des veufs est presque négligeable.

Groupe ethnique

L'ethnie dominante demeure celle des Bariba (aux environs 45% de la population). Les Dendi et les Peul sont aussi bien représentés dans l'échantillon.

Religion

Presque trois personnes sur quatre réclament la religion musulmane. A peu près 12% des gens sont des catholiques, et les autres religions chrétiennes et traditionnelles sont minoritaires. Les guides de ces religions peuvent être des ressources importantes dans la communication des informations sanitaires.

2.3 Communication et services à base communautaire

Supports de Communication

L'enquête a cherché à déterminer les moyens de communication les plus utilisés et les plus populaires dans la zone. Les résultats montrent que la radio est le support de communication le plus importante; 82,8% des hommes et 78,8% des femmes déclarent avoir un poste radio dans le ménage. Les radios sont plus répandues en zone urbaine à raison de 91%, alors qu'en zone rurale le chiffre s'élève à 77%. La possession d'un radio est aussi liée à un niveau d'instruction plus élevé.

Une bonne partie de la population écoute tous les jours la radio (68,2% d'hommes contre 40,8% de femmes). 34,1% des hommes écoutent la radio à tout moment alors que les femmes l'écoutent surtout la nuit (35,4%). En milieu rural ce dernier chiffre s'élève à 40,2%. La disponibilité d'écoute est plus élevée dans la zone de Banikoara (80% chez les hommes et 47,1% chez les femmes). La station la plus écoutée est ORTB/Parakou (69,9%). Quant à Radio Banikoara, elle est écoutée par 19,4% de la population totale du Borgou/Alibori et par 58,2% des habitants de Banikoara.

Tableau 2-3 : Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés par caractéristiques socio-démographiques

	Femme	Effectifs	Homme	Effectifs
Tranche d'âge				
15 à 19	13,5	135	9,0	36
20 à 24	19,2	192	9,5	38
25 à 29	22,3	223	9,0	36
30 à 34	16,4	164	17,4	70
35 à 39	13,7	137	15,7	63
40 à 44	9,0	90	12,7	51
45 à 49	5,7	57	10,0	40
50 à 59	—	0	11,9	48
60 à 64	—	0	5,0	20
Situation matrimoniale				
Célibataire	12,3	124	20,2	82
Marié	83,6	843	78,6	319
Divorcé(e)	1,2	12	0,7	3
Veuf	2,1	21	0,5	2
Milieu de résidence				
Zone urbaine	21,2	214	21,1	86
Zone rurale 1	11,9	120	11,8	48
Zone rurale 2	30,6	308	30,5	124
Zone rurale 3	36,3	366	36,0	149
Niveau d'instruction				
Non scolarisé	72,5	728	40,7	165
Alphabétisé	2,1	21	8,4	34
Primaire	16,4	165	21,7	88
Secondaire ou plus	9,0	90	24,7	100
Supérieur	—	0	1,5	6
Coranique	—	0	3,0	12
Ethnie				
Bariba	45,4	455	42,5	173
Dendi	10,9	109	15,2	62
Peul	10,4	104	10,1	41
Boo	8,9	89	10,8	44
Fon	2,9	29	3,2	13
Nagot	9,7	97	8,8	36
Autres	2,8	91	2,5	28
Religion				
Catholique	12,7	128	11,6	47
Protestant	2,2	25	4,0	16
Musulman	73,8	742	74,3	301
Traditionnelle	5,0	51	6,2	25
Aucune	2,9	32	1,5	7
Autre	3,4	27	2,5	9
Effectif		1008		407

La télévision est beaucoup moins répandue dans la zone de l'enquête, à raison de 14,9% des ménages. La majorité des enquêtés suit la chaîne nationale.

En réponse à la question « quels sont les moyens populaires et traditionnels que nous pouvons utiliser dans votre localité pour informer et sensibiliser la population ? », aux environs de 70% de personnes ont cité le griot. Quant au théâtre, il est cité en zone urbaine dans une proportion de 16%, alors qu'en zone rurale cette proportion est presque négligeable. D'autres moyens populaires sortis par les enquêtés incluent les groupements et le crieur public. Le faible niveau d'instruction dans le Borgou/Alibori souligne le nécessité d'utiliser les moyens non-écrits pour transmettre des informations sanitaires.

Messages sur la santé

50,5% de la population ont entendu un ou plusieurs messages sur la santé pendant les deux semaines précédant l'enquête. Comme l'indique le Tableau 2-4, le message sur la santé le plus entendu est sur le paludisme, suivi des MST/SIDA. Ces messages sont plus diffusés en ville qu'en zone rurale, mais il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes en ce qui concerne le thème du message.

Tableau 2-4 : Messages sur la santé

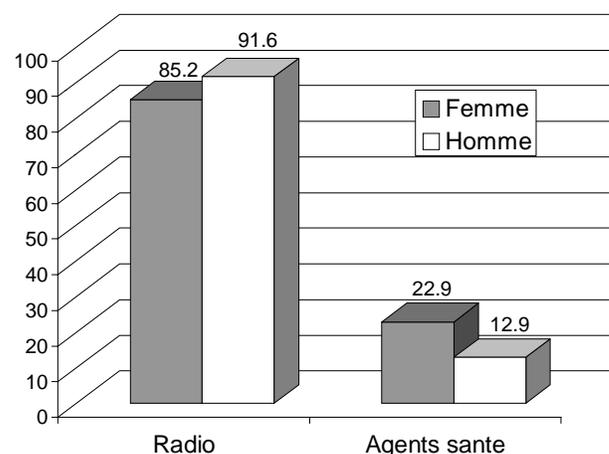
Répartition (en %) des enquêtés qui ont entendu un ou plusieurs messages sur la santé les deux semaines précédant l'enquête, par sexe et par thème du message

	Femmes	Hommes
Ont entendu un message	45,8	62,1
Thème du message		
Paludisme	57,6	57,5
MST/SIDA	46,7	56,7
Vaccination	24,4	21,3
Santé maternelle	22,5	18,1
Diarrhée	19,7	15,4
Planification familiale	9,7	7,1
Autre	7,7	10,3

Comme le montre le Graphique 2-3 ci-dessous, les messages sur la santé sont surtout entendus à la radio (91,6% pour les hommes et 85,2% pour les femmes). Les agents sociaux sanitaires ont servi comme canaux d'information pour 23% des messages entendus par les femmes et 13% pour les hommes. En général, les agents de santé sont plus cités par la population rurale. Il y a une différence importante en ce qui concerne les tranches d'âge et le sexe. 25% des femmes de 15 à 24 ans ont cités les agents de santé comme source d'information, alors que seulement 2,3% des hommes du même âge les ont cités. Les autres canaux, notamment les agents de santé sont moins cités (moins de 3% chacun).

Graphique 2-3 : Source des messages sur la santé

Répartition (en %) d'hommes et de femmes ayant entendu un message sur la santé les deux semaines précédant l'enquête, par source de message

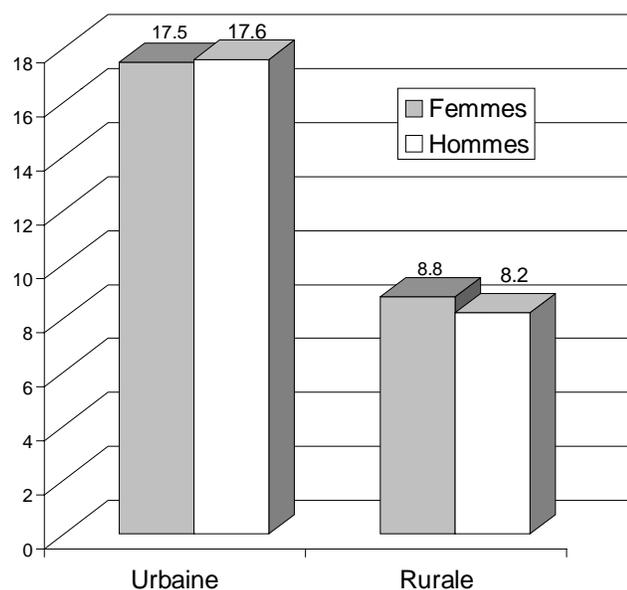


Services à base communautaire Les relais communautaires n'étaient pas très visibles les deux semaines précédant l'enquête : seulement 10% des gens interrogés déclarent avoir reçu leur visite. Contrairement à tout atteint, leur présence a été plus noté en milieu urbaine (17%) qu'en milieu rural (8%). L'analyse selon les zones de l'enquête montre que les relais étaient surtout présents à Parakou, mais

inexistants à Kandi et Malanville. De plus, les hommes ont reçu les visites des relais en même proportion que les femmes. (cf Graphique 2-4 ci-dessous) Le plus grand différence est noté parmi les groupes ethniques. Les Peul, les Boo et les Fon sont les moins visités (entre 0% et 7%), alors que les Bariba, les Dendi et les Nagot sont les plus visités (entre 14% et 21%). Le test de signification démontre que l'ethnie (0.01) et le lieu de résidence (0.01) sont des facteurs discriminants. Il serait important de prendre ces différences en compte dans le placement éventuel des relais communautaires.

Graphique 2-4 : Service à base communautaire

Répartition (en %) des enquêtés qui ont reçu une visite à domicile d'un relais communautaire pendant les deux semaines précédant l'enquête, par milieu de résidence



PLANIFICATION FAMILIALE

3.1 Connaissance de la contraception

La connaissance des méthodes contraceptives est très limitée aussi bien chez les hommes que chez les femmes.¹ Comme l'indique le Graphique 3-1, la pilule est la méthode la plus connue par les femmes (37.5%), alors que les hommes ont une meilleure connaissance du préservatif (36,5%). Cela est logique étant donné que la pilule est une méthode utilisée par les femmes et le condom est utilisé par les hommes. On observe qu'en général la connaissance des méthodes individuelles est plus élevée parmi les femmes du milieu urbaine et les célibataires, mais c'est l'inverse pour les injectables, qui sont mieux connus par les femmes du milieu rural et les mariées. La même tendance est observée chez les hommes, mais c'est moins forte. Le retrait ou coït interrompu, la ligature des trompes et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) sont pratiquement inconnus tant par les hommes que par les femmes. L'enquête a aussi révélé un fait inquiétant – presque 50% des femmes et 40% des hommes déclarent qu'ils ne connaissent aucune méthode contraceptive. Alors, il y a toujours un besoin non-satisfait en termes d'information sur les méthodes contraceptives.

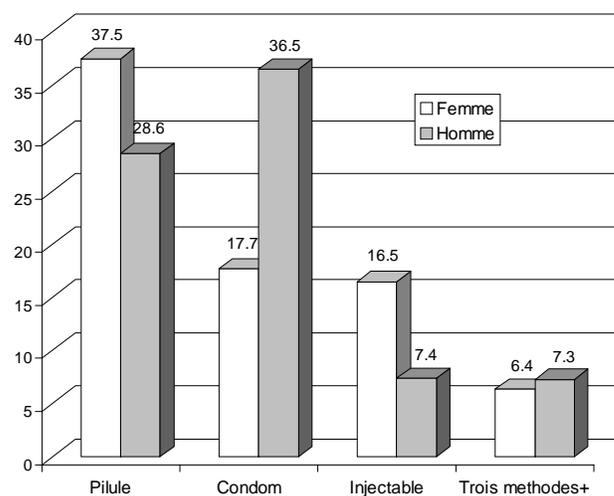
Note : Le total peut excéder 100% car les réponses multiples ont été permises

L'enquête a aussi cherché à mesurer la proportion de la population qui peuvent citer au moins trois méthodes modernes de contraception. Les résultats montrent que cette connaissance générale est presque inexistante—seulement 6,4% des femmes et 7,3% des hommes peuvent citer trois méthodes ou plus. Néanmoins, la proportion est le plus élevée parmi les gens d'instruction secondaire (aux environs de 20%).

Le degré de connaissance des méthodes contraceptives est une fonction décroissante du niveau d'instruction en générale. Pour la pilule, le pourcentage varie entre les femmes non scolarisées (28,9%) et celles ayant un niveau secondaire (79,7%), comme l'indique le Tableau 3-1. Il en est de même en ce qui concerne la connaissance des autres méthodes de contraception. On note une différence importante entre les femmes de niveau primaire et celles de niveau secondaire en ce qui concerne la connaissance de trois méthodes ou plus.

Graphique 3-1: Connaissance des méthodes modernes de contraception

Répartition (en %) des femmes et des hommes marié(e)s par connaissance des méthodes individuelles et trois méthodes ou plus.



Note : Le total peut excéder 100% car les réponses multiples ont été permises

¹ Note: sauf là où il est indiqué, les chiffres sur la connaissance de la contraception représentent les hommes et femmes marié(e)s.

Tableau 3-1 : Connaissance des méthodes modernes de contraception

Répartition (en %) des femmes mariées de 15-49 ans qui connaissent chaque méthode, par niveau d'instruction

Instruction	Pilule	Condom	Injectables	méthodes + 3
Non scolarisé	28,9	12,2	13,5	4,5
Alphabétisé	33,3	9,5	4,8	10,5
Primaire	52,4	29,7	20,6	8,7
Secondaire	79,7	41,6	34,4	21,1

Au plan ethnique, les femmes Fon et Dendi connaissent plus la pilule que les autres ethnies, 65,5% et 58,3% respectivement. Le condom est plus connu chez les hommes Fon et Nagot, avec 84,6% et 64,7% respectivement. Mais en somme, l'ethnicité n'est pas un facteur très significatif.

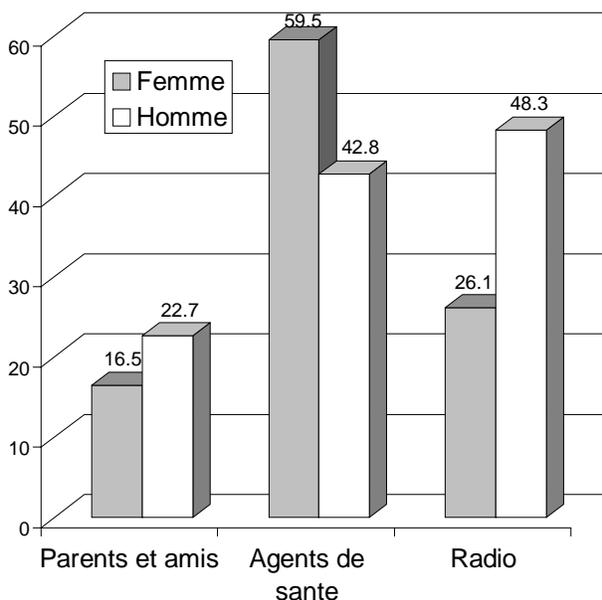
Il faut noter que la question sur la connaissance des méthodes contraceptives a été posée de façon spontanée. L'enquêteur/enquêtrice a posé la question « quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? » et a attendu la réponse, sans décrire les méthodes possibles. Alors les réponses obtenues peuvent être sous estimées par rapport aux résultats d'autres enquêtes. Par exemple, l'EDS considère qu'un homme ou une femme connaît une méthode s'il/elle l'a citée *spontanément* ou *après description*. Le test CHI2 est significatif pour presque tous les facteurs (e.g. âge, milieu de résidence...). On constate cependant une non significativité dans l'usage du stérilet chez les femmes au niveau de la situation matrimoniale et du lieu de résidence.

Pour ce qui est des sources d'information sur les méthodes contraceptives, le Graphique 3-2 montre que l'agent de santé arrive en tête chez les femmes, suivie de la radio. C'est l'inverse pour les hommes, qui sont plus informés par la radio. Les agents de santé sont le plus cité par les femmes de tranche d'âge 25-39 ans, les femmes rurales, et les mariées. Les parents et amis arrivent en troisième position et ils informent d'avantage les hommes que les femmes. Les autres sources

d'informations (conférences, mosquée, église, dépliants et journaux) sont peu citées. 95,4% des enquêtés approuvent la diffusion des messages sur la planification familiale, ce qui est un bon signe pour les campagnes d'information éventuelles.

Graphique 3-2 : Sources d'information sur les méthodes contraceptives

Répartition (en %) des femmes et des hommes par source d'information

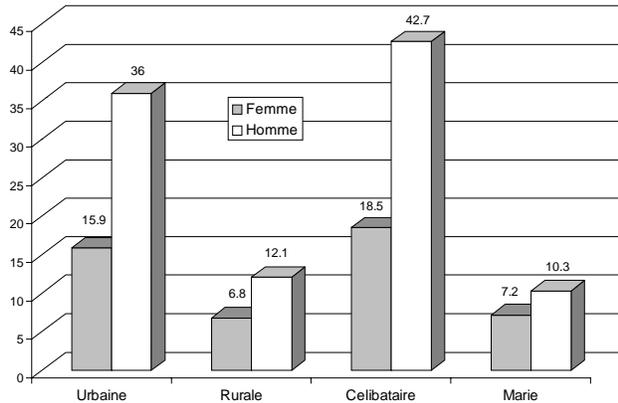


3.2 Pratique de la contraception

Quant à la pratique, le taux d'utilisation d'une méthode moderne de contraception est de 8,7% pour l'ensemble des femmes et de 17,2% pour les hommes. Pour les personnes mariées, c'est 7,2% des femmes et 10,3% des hommes. Ces chiffres peuvent être des sous-estimations car l'enquête a demandé « quelles méthodes *utilisez-vous* actuellement ? » et n'a pas cherché à préciser si le *partenaire* utilise une méthode. Presque tous les facteurs sont significatifs. Comme l'indique le Graphique 3-3, il y a surtout une grande différence selon le milieu de résidence et la situation matrimoniale. Les personnes du milieu urbaine sont deux à trois fois plus inclinés à utiliser une méthode moderne que leurs voisins ruraux.

Graphique 3-3 : Utilisation d'une méthode moderne de contraception

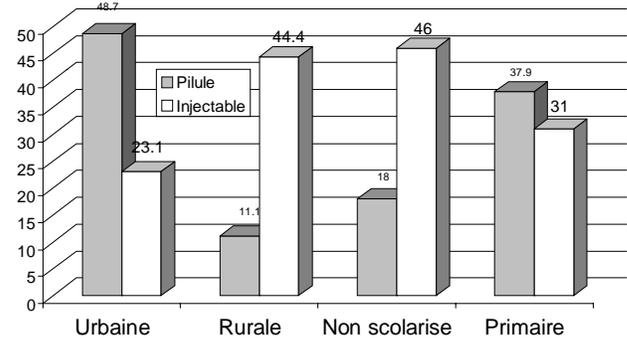
Répartition (en %) des enquêtés qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception, par milieu de résidence et situation matrimoniale



Parmi les femmes qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception, nous notons que les injectables passent en tête parmi les méthodes les plus utilisées par l'ensemble des femmes (36,9%), alors que l'utilisation des pilules représentent 24,3%. Comme l'indique le Graphique 3-4, en zone urbaine les femmes utilisent plus la pilule (48,7%) que les injectables (23,1%). C'est l'inverse en zone rurale où les femmes utilisent plus les injectables (44,4%) que la pilule (11,1%). La préférence pour les injectables chez les femmes rurales peut être expliquée par le fait qu'ils sont plus discret à utiliser et ne demandent pas l'adhésion à un régime journalier. La pilule et le préservatif sont plus cités par les célibataires (40% et 32%) alors que les femmes mariées utilisent principalement les injectables (42,7%). En ce qui concerne le test de significativité, celui-ci est significatif selon le lieu de résidence et la situation matrimoniale. Ces deux variables sont donc discriminantes dans la pratique des méthodes contraceptives. Les raisons qui influencent le choix d'une méthode contraceptif seront le sujet de recherche qualitatif.

Graphique 3-4 : Choix de méthode de contraception

Répartition (en %) des méthodes choisies par les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, par milieu de résidence et niveau d'instruction



Quant aux hommes, ceux qui utilisent une méthode moderne choisissent le préservatif en première place (68,0%).

En général, les centres de santé sont les sources d'approvisionnement des méthodes modernes pour les femmes comme pour les hommes (au tour de 45%), alors que les cliniques de planification familiale constituent une source de pour 17% des femmes et 5% des hommes.

Pour ce qui est du moment de la grossesse la plus récente, la plupart des femmes (79,5%) l'ont souhaité à ce moment là, alors que 8,9% auraient préféré attendre plus tarde et 10,4% n'avaient pas de réponse à donner.

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

4.1 Santé Maternelle

Accouchement

La plupart des femmes déclarent avoir accouché dans un centre de santé la dernière fois (73,2%), et les autres à domicile. En zone urbaine, ce pourcentage est de 94,8% alors qu'en zone rurale il est de 68,5%. Néanmoins, les statistiques d'utilisation des centres de santé ne supportent pas ces chiffres. C'est possible que les femmes aient donné la réponse qu'elles croyaient correcte, même si tel n'étaient pas le cas. De manière générale, l'ethnie ne constitue pas un facteur déterminant, néanmoins on remarque que les femmes Haoussa sont moins disposées à aller au centre de santé pour l'accouchement (60%) alors que les femmes Fon sont plus disposées (95,8%). Le choix de lieu d'accouchement est aussi lié à l'âge de la femme et à son niveau d'instruction. Les femmes les plus âgées (plus de 40 ans) et celles non scolarisés sont plus inclinés à accoucher à domicile.

Dans l'ensemble, les femmes sont plus souvent assistées par des sages-femmes (52,3%), mais il y a une grande différence selon le lieu d'accouchement comme l'indique le Graphique 4-1. Aux centres de santé ce sont évidemment les sages femmes et les agents de santé (à raison de 70,7% et 21,2% respectivement), mais pour les accouchements à domicile, les parents sont les premiers à apporter leur assistance (70,8%). Les accoucheuses traditionnelles n'interviennent que dans 21,7% des cas et les professionnels en matière de santé interviennent très rarement à domicile.

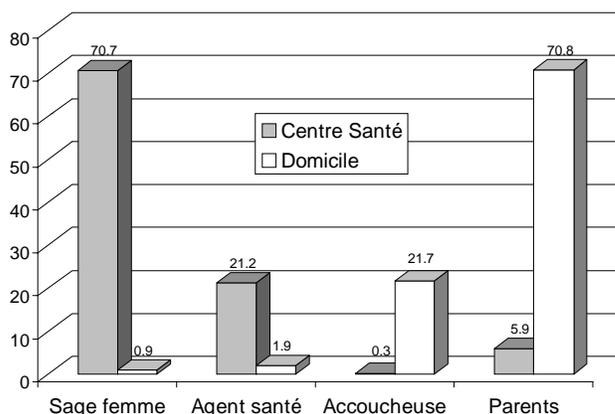
Protection contre l'anémie

Pour protéger la femme enceinte contre l'anémie, la plupart des gens déclarent qu'il faut bien manger (67,0% des femmes et 56,4% des hommes). Cepen-

nant la formulation de la question, pose des limites car elle ne définit pas la variable « bien manger ». La distinction entre la quantité et la qualité nutritive n'est peut-être pas perçue par l'enquêté. Moins d'une femme sur cinq (18,2%), et seulement 5,7% des hommes, croient qu'il faut prendre des comprimés de fer jusqu'à l'accouchement. Il est intéressant de noter que beaucoup plus d'hommes que de femmes ont cité les consultations pre-natales comme moyen d'éviter l'anémie pendant la grossesse – 39,7% contre 12,2%. Ces chiffres montrent que les hommes ont reçu l'information sur l'importance des consultations pre-natales, et qu'ils peuvent influencer leurs femmes à y assister.

Graphique 4-1 : Assistance lors de l'accouchement

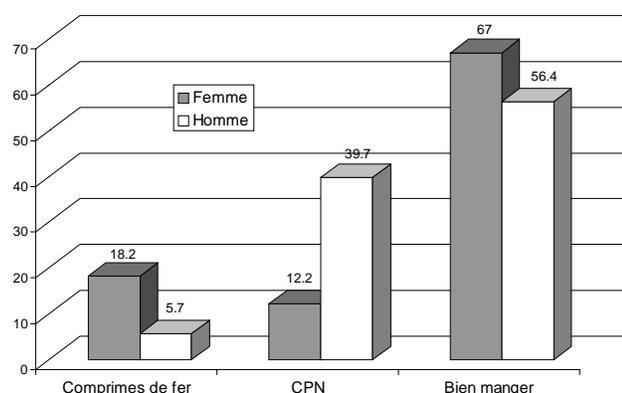
Répartition (en %) des femmes selon l'assistance lors de leur dernier accouchement et le lieu d'accouchement



Le Graphique 4-2 suivant illustre la répartition des connaissances sur la protection contre l'anémie. Toutes les variables sont significatives sauf la variable « bien manger » pour le milieu de résidence. Celui-ci n'a donc aucune influence, ce constat est valable chez les hommes et également par rapport au niveau d'instruction.

Graphique 4-2 : Dispositions à prendre par les femmes enceintes pour éviter l'anémie

Répartition (en %) des hommes et des femmes selon les méthodes connues



Les principales sources d'information pour les femmes sur la protection contre l'anémie sont les agents socio-sanitaires (42,4%), les connaissances (35,2%), et la radio (24,6%). Cependant, c'est l'inverse pour les hommes - la radio est la source d'information la plus importante (49,7%), suivi par les connaissances (31,3%) et les agents socio-sanitaires (26,7%). Dans l'ensemble, la radio est la source d'information la plus importante pour les urbains comme les ruraux (46,6% et 35,8% respectivement). Ce chiffre est plus élevé dans la zone de Banikoara, où la radio locale joue un rôle très forte dans la communication des messages sur la santé. Les autres sources d'informations (comme le journal et le théâtre) sont négligeables.

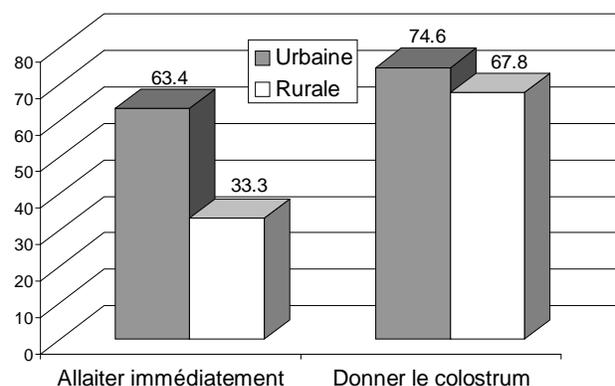
¹ Certains chiffres sur l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire viennent d'une enquête supplémentaire qui a été faite en janvier 2001. Il a couvert les mêmes zones que l'enquête CAP et il a ciblé 240 mères des enfants de moins de six mois.

Alimentation de l'Enfant

La plupart des femmes (70,4%) et des hommes (68,2%) s'accordent à dire que le lait maternel est le premier aliment/liquide à donner à la naissance. Pour les mères d'enfants de moins de six mois, ce chiffre est de 87%.¹ Cependant, aux environs de 23% des gens ont cité l'eau ordinaire chaude comme premier aliment. Les mères disent recevoir l'information des agents socio-sanitaires (39%), des connaissances (37,1%) et de la radio (21,7%). Le Graphique 4-3 montre la répartition de la connaissance de l'allaitement immédiat et l'administration du colostrum à la naissance dans la population féminine. Quant à la pratique, 82,1% des mères d'enfants de moins de six mois déclarent avoir donné le colostrum à leur enfant. Pour le début de l'allaitement, toutes les variables sont significatives sauf pour l'âge chez la femme, le niveau d'instruction et l'ethnie chez l'homme. La quasi-totalité des femmes (90,8%) qui ont un enfant de moins de 24 mois continuent l'allaitement. En zone urbaine, ce pourcentage est de 86,5%.

Graphique 4-3 : Allaitement maternel

Répartition (en %) des femmes selon leur connaissance de l'allaitement immédiat et l'administration du colostrum, par lieu de résidence

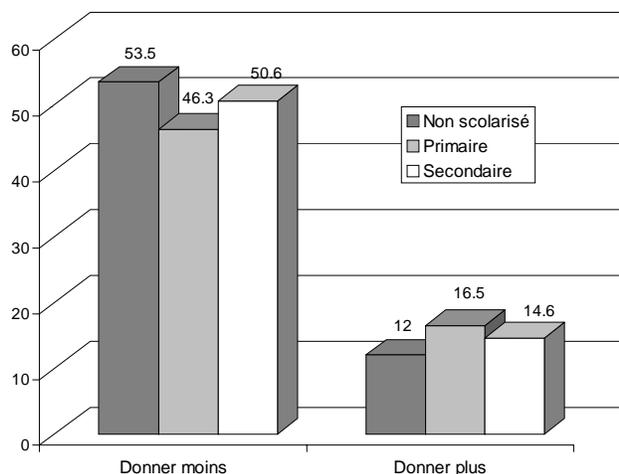


L'allaitement *exclusif* au sein représente 52,2% des enfants de moins de quatre mois selon les déclarations des femmes interrogées. Le chiffre s'élève à 83,3% pour les femmes de niveau secondaire. Pour les enfants de quatre à six mois, le taux est de 15%. Pendant les premiers quatre mois, 37,2% des enfants ont déjà reçu des autres liquides. A l'âge de six mois, 66,7% des enfants ont déjà reçu les liquides et les aliments solides ou semi-solides— cela malgré l'opinion de 60,9% des mères qui disent que l'allaitement exclusif doit durer du quatre à six mois. La bouillie est citée comme premier aliment complémentaire à donner à l'enfant (plus de 60% des femmes), mais à une fréquence d'une fois par jour (31,1%).

La plupart des femmes ont répondu que si un enfant est malade il faut lui donner moins à manger/boire, ce qui est malheureusement contraire à la recommandation. Le tendance est le même pour l'allaitement d'un nourrisson. Seulement 13,1% des femmes ont donné la bonne réponse, signifiant ainsi la nécessité manifeste d'engager des actions de communication dans ce domaine. Le Graphique 4-4 indique qu'il n'y a pas de grande différence selon le niveau d'instruction.

Graphique 4-4 : Alimentation de l'enfant malade

Répartition (en %) des femmes selon leur connaissance de l'alimentation de l'enfant malade, par niveau d'instruction



4.2 Maladies diarrhéiques

Parmi les enfants de moins de trois ans des femmes interrogées, 24,3% ont eu un épisode de diarrhée pendant les deux semaines précédant l'enquête. L'incidence de diarrhée est plus élevée parmi les enfants ruraux (25,7%) et ceux avec des mères non scolarisées (26,9%). L'ethnie est aussi une variable significative ($p=0.001$). L'incidence est plus basse chez les Fon et les Nagot (8,7% et 12,2%, respectivement), et plus élevée chez les Dendi et les Haoussa (38,4% et 40%, respectivement).

Dans 15,4% des cas de diarrhée les enfants ont reçu la thérapie de réhydratation orale (TRO). Le TRO est défini comme la *même quantité ou plus* de liquide, de nourriture et/ou de lait maternel (selon le cas). Le Tableau 4-1 montre que peu d'enfants ont reçu plus d'alimentation que d'habitude pendant l'épisode de diarrhée, contrairement aux recommandations médicales. Dans les campagnes d'éducation sanitaire, il faudra souligner l'importance de l'alimentation correcte quand un enfant est malade.

Tableau 4-1 : Alimentation pendant les épisodes de diarrhée

Répartition (en %) des enfants qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, selon le quantité reçue de chaque type d'aliment

	Liquides	Nourriture	Lait Maternel
Moins que d'habitude	7,6	12,5	14,7
Comme d'habitude	15,1	17,4	20,7
Plus que d'habitude	17,3	6,0	4,3
Même quantité ou plus	32,4	23,4	25,0

TRO
(*même quantité ou plus des liquides, nourriture et lait maternel*)

Les femmes ont cherché des conseils pour le traitement de la diarrhée de leur enfant dans 70,1% des cas. Le centre de santé a été consulté pour les conseils ou le traitement dans 55,9% des cas, et les

guérisseurs ont été consultés dans 10,4% des cas. Le produit SRO ou Orasel est cité comme remède par 35% des femmes. 44,1% des femmes ont pu citer la formule correcte pour la préparation de la solution salé sucrée (une litre d'eau propre, huit morceaux de sucre et une couvercle de sel).

Selon 65,8% des enquêtés, la cause principale de la diarrhée est la dentition. Il n'y a pas de différences significatives selon le milieu de résidence, le niveau d'éducation, ou l'ethnie. Evidemment les enquêtés n'ont pensé qu'aux petits enfants en répondant à cette question. La deuxième cause citée est la mauvaise alimentation (42,4%). Cependant, l'enquête n'a pas défini cette variable. Nous voyons ici une différence entre les femmes non scolarisés (36,6%) et celles de niveau d'instruction secondaire (64,4%), et entre les zones urbaines (55,1%) et ruraux (38,6%). Les vers intestinaux et le manque d'hygiène ont été rarement cités (7,8% et 29,3% respectivement.).

En ce qui concerne la prévention, 59,8% des femmes et 65,8 % des hommes disent qu'ils protègent les aliments pour éviter la diarrhée. Les femmes du milieu urbain ont cité plus souvent la protection des aliments (74,2%) que celles du milieu rural (55,9%). On observe également la même tendance chez les hommes.

La lavage des mains n'est cité de façon spontanée que par 21,1% des enquêtés, et l'utilisation d'eau potable par 29,8%. Néanmoins, en réponse à la question "à quelles occasions vous lavez-vous les mains?", 34,4% ont répondu qu'ils lavent les mains après la toilette et 96,5% avant de manger. L'enquête n'a pas cherché à préciser si la personne se lave les mains avec du savon. La faible connaissance du lavage des mains comme moyen d'éviter la diarrhée indique qu'on pouvait influencer l'incidence de cette maladie avec des campagnes d'éducation.

La connaissance d'au moins une méthode de prévention de la diarrhée chez les femmes est significative pour toutes les variables sauf pour l'âge. Egalement chez l'homme l'âge n'est pas significatif. En faisant jouer la variable ethnie pour trois modalités (lavage des mains, protection des

aliments, utilisation de latrines), on obtient le Tableau 4-2 qui montre que la méthode de prévention de la diarrhée la plus utilisée par toutes les ethnies est la protection des aliments. L'utilisation des latrines est presque inconnue, ce qui correspond au faible taux de possession des latrines chez les enquêtés (22,9% dans l'ensemble).

Tableau 4-2 : Moyens d'éviter la diarrhée

Répartition (en %) des personnes utilisant les méthodes de prévention, par ethnie

Ethnie	Lavage des mains	Protection des aliments	Utilisation des latrines
Bariba	24,4	66,4	0,4
Dendi	21,1	52,4	0,6
Peul	11,8	56,9	3,5
Boo	15,1	46,2	3,0
Fon	40,5	88,1	2,4
Nagot	28,7	81,4	4,6
Ensemble	21,1	59,8	1,2

4.3 Infections respiratoires aiguës

15% des femmes ont vu leur enfant de moins de trois ans souffrir de la toux durant les deux semaines précédant l'enquête. 77,3% des ces femmes ont déclaré que l'enfant malade de toux respirait plus vite que d'habitude avec un souffle rapide et court, ce qui indique une infection respiratoire aiguë (IRA).

Quand un enfant souffre de la toux, 47,7% des femmes déclarent que la respiration difficile est un signe qu'il devrait être emmené dans un établissement sanitaire. Quant à la fièvre, ce pourcentage est de 26,7%. Ces proportions sont presque les mêmes chez les hommes. Les femmes ont aussi déclaré que la toux persistante et les vomissements sont des symptômes qui poussent à amener l'enfant au centre de santé. 69,2% des mères d'enfants de moins de trois ans sont capables de citer au moins un signe de danger des IRA (toux avec fièvre ou toux avec difficultés respiratoires).

On note une bonne connaissance d'au moins un signe de danger des IRA dans toutes les ethnies avec une variation entre 57,8% et 81,4%. La respiration rapide est un signe discriminant aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La fièvre est significative chez les femmes et non chez les hommes. Le niveau d'instruction n'est pas déterminant pour la respiration rapide et la fièvre. Avec ce niveau de connaissance assez élevé, les programmes de santé doivent focaliser leurs efforts sur le changement de comportement en termes de recherche des soins et traitement.

4.4 Paludisme

Le signe principal de reconnaissance du paludisme est la fièvre pour environ 80% des enquêtés. Ceci est le cas aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. 46,1% des personnes ont cité le maux de tête. D'autres signes cités incluent la fatigue, les vomissements, et le coleur jaune des yeux. L'enquête a cherché aussi à découvrir les symptômes du paludisme qui indiquent qu'un enfant malade devrait être emmené dans un établissement sanitaire. Le motif principal cité par les enquêtés est la fièvre (aux environs de 77%).

L'ethnie est un variable discriminant par rapport aux signes de danger. Comme le démontre le tableau 4-3, la fièvre est moins connue par les femmes Dendi (67,7%), alors que pour les Fon il est de 96,3%. Notons également que les convulsions ne sont pas très connues en tant que signe de danger, alors qu'il est en fait le signe de gravité le plus sérieux. Cela indique qu'il faut plus d'effort pour informer la population sur la relation entre la paludisme et les convulsions, et de la nécessité du recours au centre de santé. Le niveau d'instruction n'apparaît pas comme une variable discriminante sauf pour la fièvre chez les femmes.

72,4% des femmes et 80,3% des hommes ont cité les moustiques comme cause du paludisme, suivi de l'exposition au soleil (41,7% et 31,3% respectivement). D'autres causes citées sont les aliments sucrés et le travail trop dur. Evidemment il y a toujours des fausses informations qui circulent autour de cette maladie.

Tableau 4-3: Signes de danger du paludisme

Répartition (en %) de femmes par groupe ethnique capables de décrire un signe du paludisme requérant le recours au centre de santé

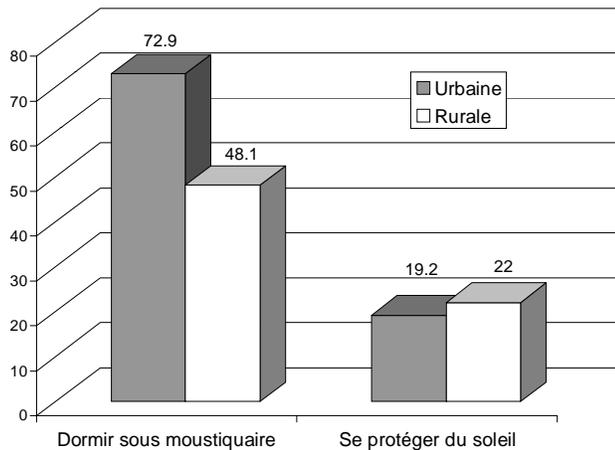
Ethnie	Fièvre	Convulsions	Connaissent un signe
Bariba	76,5	8,6	87,9
Dendi	67,7	7,1	71,6
Peul	69,9	5,4	85,6
Boo	73,9	4,3	76,4
Fon	96,3	33,3	93,1
Nagot	90,7	30,9	97,9
Ensemble	77,2	10,6	86,1

En réponse à la question "comment vous protégez-vous du paludisme?", les moustiquaires ont été cités par 53,48% des femmes et 63,4% des hommes. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés en milieu urbain (72,9% et 76%) qu'en zone rurale (48,1% et 59%). Environ 22% des femmes et des hommes ont cité les médicaments antipaludiques comme moyen de prévention, mais le chiffre s'élève en milieu urbain à environ 40% (voir Graphique 4-5). Dans l'ensemble, près de 45% des enquêtés déclarent utiliser les moustiquaires. Parmi ces gens, 86,8% des femmes et 80,8% des hommes déclarent que ce sont les parents et enfants qui dorment sous les moustiquaires. Les variables «dormir sous une moustiquaire» et «prendre des médicaments anti-paludiques» sont discriminantes aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'âge n'est pas significatif pour la connaissance de la prévention du paludisme.

La possession des moustiquaire est discriminante quelle que soit la variable, c'est-à-dire les ménages Dendi ou Bariba par exemple ont une possession différenciée des moustiquaires par rapport aux autres.

Graphique 4-5 : Prévention du paludisme par milieu de résidence

Répartition en % des personnes citant la moustiquaire comme moyen de prévention du paludisme, selon le lieu de résidence

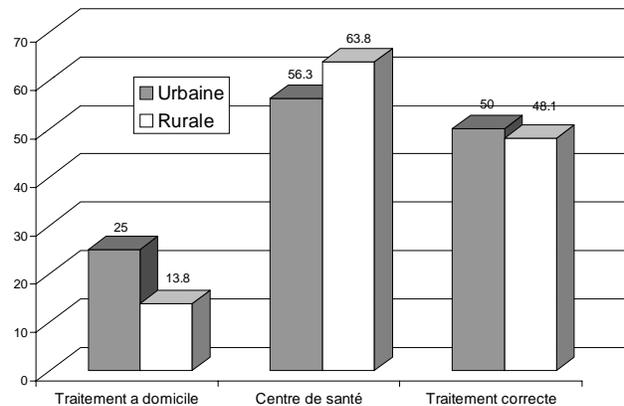


9,1% des femmes ont déclaré que leur enfant a eu le paludisme au cours des deux dernières semaines. Ce pourcentage relativement bas s'explique peut-être par la période de l'enquête (saison sèche). Dans 48,5% des cas cités par les femmes, l'enfant malade de moins de cinq ans a été conduit soit dans un centre de santé dans les 48 heures après le commencement de la fièvre, soit il a reçu de la chloroquine à la maison. Le guérisseur traditionnel est peu fréquenté selon les enquêtés, mais ce chiffre (5,4%) peut représenter un sous-reportage. Pour le traitement correct du paludisme (traitement à domicile à l'aide d'un anti-paludique recommandé par le programme National de Lutte contre le Paludisme² ou conduite du malade dans un centre de santé dans les 48 heures du début de la fièvre), aucune des variables n'est significative ($p > 0,05$) c'est à dire les participants adoptent tous le même comportement quel que soit le niveau d'instruction, l'âge, l'ethnie et le milieu de résidence.

² Il faut noter que l'enquête n'a pas précisé la posologie du traitement avec un anti-paludique.

Graphique 4-6 : Traitement du paludisme

Répartition (en %) d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la fièvre les 2 semaines précédant l'enquête et qui ont été traité à domicile avec un antipaludique recommandé par le Programme National de lutte contre le Paludisme ou qui ont été conduit dans un centre de santé dans les 48 heures du début de la fièvre, par milieu de résidence



4.5 Vaccinations

Presque la totalité des femmes et des hommes déclarent que la raison principale pour faire vacciner leurs enfants est pour éviter les maladies. La méningite, la polio et la rougeole sont les maladies les plus connues qui peuvent être évitées en vaccinant les enfants.

Le pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui sont complètement vaccinés est de 36,9%, mais ce pourcentage varie beaucoup selon l'ethnie – de 17,6% parmi les Peul à 71,4% pour les Fon. Conformément à tout attente, le taux de vaccination est aussi plus élevé dans la zone urbaine et parmi les plus scolarisés.

Tableau 4-4 : Taux de vaccination complète par ethnie

Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui sont complètement vaccinés avant leur premier anniversaire

Ethnie	Enfant complètement vacciné
Bariba	44,1
Dendi	35,7
Peul	17,6
Boo	15,4
Fon	71,4
Nagot	20,0
Ensemble	36,9

Il est également important de noter que les résultats obtenus pour le taux de vaccination peuvent être sous-estimés du fait que certaines mères n'ont pas pu présenter les carnets de vaccination lors de l'enquête. Seulement 37,3% des mères avaient une carte pour leur dernier enfant. Nous avons exigés des mères qu'elles présentent le carnet de vaccination correctement remplie afin de pouvoir inclure les vaccinations de leurs enfants dans l'enquête.³ Néanmoins, 75% des femmes déclarent que leur enfant a reçu des vaccinations. Le raison principal pour le non-vaccination des enfants est le manque de temps (34%).

³ L'EDS 1996 a mesurer le taux de vaccination complète à 49,3%, mais en utilisant la carte de vaccination **ou** la déclaration de la mère comme évidence.

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

5.1 Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

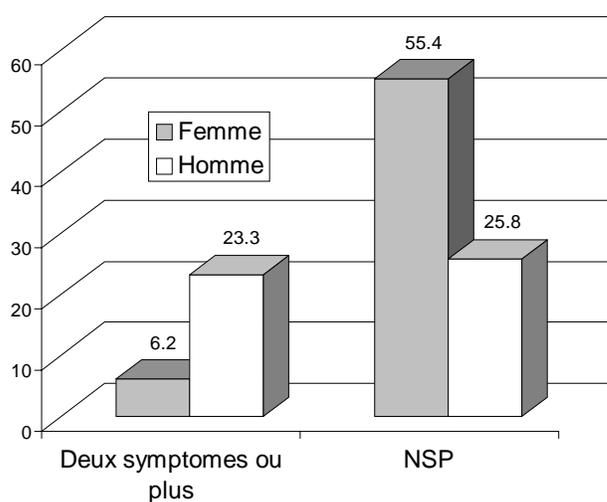
Les hommes ont plus entendu parlé des maladies sexuellement transmissibles (94,6%) que les femmes (87,8%). La gonococcie est la MST la plus connue aussi bien chez les hommes que chez les femmes (87,2% et 72,1% respectivement), mais il n'y a pas de différence significative entre zone urbaine et zone rurale. Le VIH/SIDA vient en deuxième position après la gonococcie : 83,1% chez les hommes et 74,0% chez les femmes. Le SIDA est moins connu par les femmes de la zone rurale (68,5%), alors qu'en zone urbaine il est de 92,6%.

Comme l'indique le Graphique 5-1, les signes distinctifs d'une MST chez la femme sont très mal connus: 55,4% des femmes ont déclaré ne connaître aucun symptômes. Cependant les pertes vaginales et les douleurs pelviennes sont citées par les femmes comme symptômes : 24,7% et 13,2% respectivement. Par contre, chez l'homme, les signes ou symptômes d'une MST sont plus connus : 25,8% des hommes déclarent ne reconnaître aucun signe d'une MST pour leur genre.

La connaissance de deux symptômes ou plus de MST est significative pour l'âge (0.05), l'ethnie (0.001), le milieu de résidence (0.001) et le niveau d'instruction (0.0024). Par contre la situation matrimoniale est non significative c'est à dire que l'on soit marié ou pas, on a la même connaissance des symptômes de MST. Les douleurs pelviennes ne sont pas significatives chez la femme (0.0631) suivant la situation matrimoniale de même que les douleurs en urinant chez l'homme (0.298) pour l'âge.

Graphique 5-1 : Connaissance des symptômes des MST

Répartition en % des personnes pouvant décrire deux symptômes ou plus de MST



A la question de savoir si l'on peut éviter les MST, 88,9% des hommes et 87,9% des femmes répondent par l'affirmative. La zone de Banikoara se distingue des autres par un pourcentage plus élevé, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (93,5% et 94,1%).

Pour la prévention des MST, un pourcentage élevé d'hommes (52,9%) déclare qu'il faut se protéger pendant les rapports sexuels alors que la fidélité est de règle chez les femmes (54,5%), surtout en milieu rural. Un peu plus d'une femme sur trois (35,4%) déclare qu'on peut éviter les MST en se protégeant pendant les rapports sexuels. L'instruction apparaît comme une variable discriminante : 72% chez les

femmes de niveau secondaire, 56% chez celles de niveau primaire, 26% et 24% chez les alphabétisées et les non scolarisées. Les Fon, Nagot et Haoussa se détachent nettement des autres par des pourcentages supérieurs à 50%. Quant à l'abstinence comme moyen d'éviter les MST, le pourcentage est faible en moyenne (7,8%) mais il est plus significatif en zone urbaine (17,5%). La quasi-totalité des personnes (80%) s'accordent à dire qu'on peut traiter les MST par des méthodes modernes.

Utilisation des préservatifs La fréquence d'utilisation habituelle des préservatifs est faible. 60% des hommes ont déclaré qu'ils n'utilisent jamais les préservatifs contre 5,4% qui l'utilisent toujours. Ceux qui l'utilisent rarement représentent une proportion de 17,2%. Quant aux femmes, 82,6% ont déclaré qu'elles n'utilisent jamais les préservatifs contre 1,8% qui l'utilisent toujours. Celles qui l'utilisent rarement représentent une proportion de 10,5%.

Plus de 78% des hommes et 90% des femmes n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. La raison principale évoquée pour la non utilisation du préservatif est la fidélité (31,8% chez les hommes et 26,9% chez les femmes). À part la fidélité, un pourcentage élevé d'hommes disent qu'ils veulent avoir un enfant (22,9%).

Les enquêtés qui ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel ont donné comme raison la protection contre les maladies dans une proportion de 82,1% chez les hommes et de 55,6% chez les femmes. Les femmes se protègent contre une grossesse dans la proportion de 42,9 % alors que le pourcentage est de 16,4% chez les hommes.

5.2 Connaissance et attitude face au VIH/SIDA

La quasi-totalité des personnes enquêtées ont entendu parler du SIDA : 98,3% chez les hommes et 96,4% chez les femmes. À Kandi et Malanville, tous les hommes et femmes ont entendu parler du SIDA (100%). Tout le monde approuve la diffusion d'informations sur cette maladie : 93,6% pour les hommes et 87,7% pour les femmes.

Pour ce qui est de la transmission du SIDA, les enquêtés estiment qu'elle est due essentiellement aux rapports avec les prostituées : 60,3% parmi les hommes, contre 51,9% parmi les femmes. 49,3% des hommes et 43,9% des femmes estiment que les rapports entre partenaires sont une source de transmission du SIDA. Les lames de rasoir et les injections sont également citées comme source de transmission : 33,5% et 25,4% chez les hommes, contre respectivement 23,8% et 17,0% chez les femmes.

La plupart s'accorde à dire qu'on peut éviter le SIDA : 85,5% chez les hommes et 75,7% chez les femmes. Le moyen de protection le plus cité est d'éviter les partenaires multiples. On note cependant des différences en fonction du genre, comme l'indique le Tableau 5-1.

Tableau 5-1 : Prévention du SIDA

Répartition (en %) des enquêtés selon leur connaissance des moyens d'éviter le SIDA

	Hommes	Femmes
Éviter les partenaires multiples	46,6	63,4
Utiliser des condoms	42,4	23,4
Se protéger pendant les rapports	39,5	28,2
Éviter les prostituées	39,4	38,2
Éviter l'usage d'aiguilles non stérilisées	24,5	22,9
Éviter le contact direct avec le sang	11,2	NA

Aux environs de 60% des enquêtés peuvent citer deux méthodes ou plus de prévention du SIDA. Cette connaissance est hautement significative (0,00) chez les femmes sauf pour l'âge. Chez les hommes, le niveau d'instruction et le milieu de résidence sont significatifs (0,029 et 0,001).

Plus de 60% des enquêtés sont d'accord sur le fait qu'on ne peut pas guérir le SIDA, mais un pourcentage important (29,4% de femmes et 23,4% d'hommes) déclare ne savoir pas si le SIDA peut être guéri. Parmi ceux qui pensent qu'on peut guérir le SIDA (8,5% des femmes et 12,6% des hommes), un

pourcentage beaucoup plus élevé croit d'avantage aux méthodes modernes (88% chez les hommes et 81,1% chez les femmes) qu'aux méthodes traditionnelles.

La plupart des gens ont changé de comportement depuis qu'ils ont entendu parler du SIDA, surtout les hommes (86,2% contre une moyenne de 73,6% chez les femmes). Ils ont demandé dans une proportion importante à leur partenaire d'être fidèle : 60,8% chez les femmes et 41,1% chez les hommes. Beaucoup ont aussi limité leurs relations à un seul

partenaire (40,9% chez les hommes). En outre, 24,8% des hommes ont commencé à utiliser des condoms.

Quant aux attitudes envers les personnes atteintes du SIDA, la moitié des enquêtés pense qu'elles doivent être isolées (51,5 % des hommes et 55,7% des femmes). 20% des hommes et femmes pensent qu'on doit les garder en famille en prenant des précautions et d'autres pensent qu'il faut les traiter normalement (19,5% des hommes contre 10,8% des femmes).

GRANDS CONSTATS

L'enquête a révélé plusieurs constats, à savoir:

- une sous scolarisation en général, et des femmes en particulier (72,5% des femmes et 40,7% des hommes enquêtés ne sont pas scolarisés)
- des conditions de vie précaires, caractérisées par :
 - faible accès à l'eau courante, surtout en milieu rural où la disponibilité en eau courante est aux environs de 15%
 - non disponibilité de l'électricité et disparité dans la répartition entre milieu urbain (73%) et milieu rural (11%)
 - faible accès aux latrines (seulement 57% en milieu urbain, et variant de 5% à 24% en milieu rural) et utilisation quasi générale du 'plein air' avec un accent tout particulier en zone rurale (84%)
- un constat positif révélé par cette enquête est la possession des moustiquaires qui varie de 46% en milieu urbain à 69% à Malanville et à 30% à Kalalé/Nikki/Pérére. Ce constat soulève pour une première fois la prédominance du milieu rural sur le milieu urbain.
- 26% des femmes continuent d'accoucher à domicile malgré les efforts faits dans la construction, l'équipement et la disponibilité de personnel dans les centres de santé
- des visites de relais communautaires se font rares malgré leur utilisation déclarée par certaines institutions. Cependant l'importance de ces visites varie également d'une zone à l'autre.
- la faible connaissance des méthodes modernes de contraception (6,4% des femmes et 7,3% des hommes) a pour conséquences un faible taux d'utilisation des contraceptives et les grossesses non désirées
- fort taux de connaissance d'un signe de danger du paludisme (86,9%) et de l'IRA (69,5%). Ce résultat reste mitigé quand on sait que ces deux maladies exigent une parfaite connaissance des autres signes pour la prise en charge de l'enfant malade.
- la plupart des enquêtés (65,8%) ont déclaré la dentition comme cause principale de la diarrhée des enfants, suivie par la mauvaise alimentation (42,4%). Cependant rare sont ceux qui ont cité le manque d'hygiène et les vers intestinaux comme des causes possibles de la diarrhée.
- faible connaissance des signes de MST, surtout chez la femme (6,2%) alors qu'elle est de 23,3% chez les hommes. Malgré le faible niveau de connaissance constaté, on note un grand écart entre les femmes et les hommes.
- faible taux d'utilisation du condom (60% des hommes ont déclaré qu'ils n'utilisent jamais les préservatifs contre 5,4% qui l'utilisent toujours).
- niveau de connaissance élevé sur le SIDA (au tour de 97% des enquêtés reconnaissent l'existence du SIDA). Ils déclarent que les rapports avec les prostituées constituent la première cause de contamination (60,3% des hommes et 51,9% des femmes).
- faible couverture de la vaccination en général (36,9%) avec une variation de 17,6% parmi les peul à 81,8% pour les personnes avec un niveau d'instruction secondaire.

■ bonne utilisation des supports de communication comme la radio (87,4% ont entendu un message sur la santé à partir de ce support durant les deux dernières semaines de l'enquête). Les agents de santé passent en second place avec 19,7%. Les canaux traditionnels n'ont été cités que très rarement (3,1%).

■ dans l'ensemble des constats qui viennent d'être faits, on note que les hommes ont un niveau de connaissance plus élevé que les femmes. Cependant cet état de fait ne se traduit pas par l'utilisation des services et les pratiques thérapeutiques aussi bien à domicile qu'au niveau des centres de santé.